

112520

DEVIS

Temara le : 19/04/2022

Il s'agit de Mme JENNATE MALIKA qui présente comme diagnostic

(gonarthrose bilatérale + tendinite patte d'oie)

Envoyé pour 20 séances de rééducation fonctionnelle.

Séance à : 120.00 DH

Total. : 120 x 20 = 2400.00DH

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE TEMARA
Med V IMM Saadane, 1er Etage
Temara - Tél: 06 36 60 52 09
06 36 60 52 09

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / / 20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule : <u>818</u>	e-mail :	Phones : <u>06 5556 8988</u>
Nom et Prénom de l'adhérent :		
Nom et Prénom du bénéficiaire :		
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné :		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>YENNATE MAUKA</u>		
Nécessite <u>des soins de kinésithérapie</u>		
Un acte coté à la nomenclature (<u> </u>)		
Une hospitalisation de (<u> / </u>)		
A (préciser l'établissement hospitalier) <u> </u>		
STRICTEMENT CONFIDENTIEL		
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):		
<u>Sonctherapie kinésithér + Descente Perte d'aud +</u>		
<u>Conflict d'usage patellaire</u>		
Cachet, date et signature du praticien		
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS		
Décision :		

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

POUR

ACCORD

Déclaration de Maladie : N° S19-0002979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00818 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JENNATE Melika Date de naissance : 12.06.49

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2022

Nom et prénom du malade : JENNATE MACIKA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Goutte au genou (Tendinite patellaire)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 13/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0002979

Pour accord

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :